

005533242

На правах рукописи

ВАСИЛЬЕВ

Леонид Анатольевич

**УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ
ИНКОНТИНЕНТНОЙ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

14.01.30 - геронтология и гериатрия

14.01.23 - урология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

19 СЕН 2013

Санкт-Петербург – 2013

Работа выполнена в лаборатории патологии мочеполовой системы
отдела клинической геронтологии и гериатрии
Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

Научные руководители:

доктор медицинских наук

Хейфец Владимир Хононович

доктор медицинских наук

Шестаев Александр Юрьевич

Официальные оппоненты:

Арьев Александр Леонидович, доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО СЗГМУ им. Мечникова МЗ РФ), профессор кафедры геронтологии и гериатрии.

Костин Андрей Александрович, доктор медицинских наук, ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки РФ (ФГБОУ ВПО РУДН Минобрнауки РФ), профессор кафедры урологии с курсом онкоурологии.

Ведущая организация:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет» Федерального агентства по образованию РФ (ГБОУ ВПО СПбГУ).

Защита состоится «23» сентября 2013 г. в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д601.001.01 при Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по адресу: 197110 Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН (197110 Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3).

Автореферат разослан «15» августа 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор биологических наук, профессор

Л.С. Козина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

В настоящее время с увеличением продолжительности жизни и внедрением в клиническую практику новых методов диагностики и лечения, список заболеваний, при которых необходимо выполнять цистэктомию, становится шире. К таким заболеваниям относятся инвазивные и местно-распространенные опухоли мочевого пузыря и других органов малого таза, постлучевые осложнения (микроцистис, мочевые свищи), специфические и неспецифические воспаления мочевого пузыря, травмы и т.д. [Комяков Б. К. и др., 2005; Павлов В.Н. и др., 2009; Атдуев В.А., 2009; Stenzl A. et al., 2005].

После удаления мочевого пузыря, а также при необходимости его «выключения» встает вопрос о способе деривации мочи [Переверзев А.С., Петров С.Б., 2002; Даренков С.П. и др., 2006]. Большинству пациентов пожилого и старческого возраста после цистэктомии многие хирурги предпочитают выполнять инконтинентную деривацию мочи. Это связано, прежде всего, с наличием у данной группы пациентов таких патологических состояний, как дисциркуляторная энцефалопатия, деменция и другие интеллектуально-мнестические нарушения [Дамулин И.В., 2006]. Все это затрудняет (а иногда делает невозможным) адаптацию пациента к новым условиям мочеиспускания в послеоперационном периоде при континентной деривации мочи. Кроме того инконтинентная деривация мочи более простая и надежная в техническом исполнении. Из инконтинентных методов деривации мочи можно выделить два основных: уретерокутанеостомию и операцию Бриккера. В настоящее время уретерокутанеостомия как окончательный вариант отведения мочи применяется крайне редко из-за многочисленных осложнений, развивающихся в отдаленном послеоперационном периоде [Комяков Б.К. и др., 2003; Бойко В.В., Криворотько И.В., 2008; Bondavalli C., Cappellaro L., 2007]. Уретероилеокутанеостомия (операция Бриккера), предложенная в 1950 г., до сих пор применяется многими хирургами и стала стандартом, с которым сравнивают результаты других операций по отведению мочи.

Открытым остается вопрос, касающийся имплантации мочеточников в инконтинентные (и континентные) резервуары [Kristjansson A., Mansson W., 1999; Stein J.P. et al., 1997; Studer U.E. et al., 2000]. Наиболее частым осложнением после операции Бриккера и формирования «классического» уретероилеоанастомоза «конец в бок» - стриктура последнего, и как следствие нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей (ВМП), что в свою очередь приводит к обтурационному пиелонефриту и хронической почечной недостаточности (ХПН). В 1970 году Wallace et al. внедрили в клиническую практику новый способ формирования уретероилеоанастомоза. Он заключался в создании «единой площадки» из дистальных концов мочеточников и вшивании этой «площадки» в проксимальный конец

кондуита [Wallace, 1970; Albert and Persky, 1971]. Это, так называемый, прямой анастомоз без антирефлюксных механизмов.

Сравнительная оценка функции ВМП и почек после различных методов формирования уретероилеоанастомоза и, как следствие, выбор оптимального метода формирования последнего, изучение и улучшение качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших цистэктомии и операцию отведения мочи - важные и далеко нерешенные вопросы.

Цель исследования

Обоснование применения уретероилеоанастомоза по Wallace для улучшения функциональных результатов операций, включающих в себя цистэктомию с последующей инконтинентной деривацией мочи по Бриккеру у лиц пожилого и старческого возраста.

Задачи исследования

1. Оценить непосредственные результаты деривации мочи по Бриккеру у лиц пожилого и старческого возраста.
2. Дать сравнительную характеристику ранних послеоперационных осложнений и повторных операций после формирования уретероилеоанастомоза «общей площадкой» по Wallace и в классическом исполнении технологии Бриккера «конец в бок» в разных возрастных группах.
3. Сравнить функциональное состояние верхних мочевых путей в поздние сроки послеоперационного периода после формирования уретероилеоанастомоза «общей площадкой» по Wallace и в классическом исполнении технологии Бриккера «конец в бок» в разных возрастных группах.
4. Исследовать влияние формирования уретероилеоанастомоза по Wallace на качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста.
5. Определить преимущества и недостатки формирования уретероилеоанастомоза по Wallace при инконтинентной деривации мочи по Бриккеру у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих онкологическими заболеваниями.

Научная новизна результатов исследования

Впервые на значительном клиническом материале проведена сравнительная оценка функционального состояния мочевыделительной системы и качество жизни у лиц среднего, пожилого и старческого возраста после формирования уретероилеоанастомоза «общей площадкой» и «конец в бок» при инконтинентной деривации мочи по Бриккеру. Установлено, что у пациентов пожилого и старческого возраста достигнуты лучшие функциональные результаты после формирования уретероилеоанастомоза «общей площадкой» по Wallace, которые выражались в уменьшении количества ранних послеоперационных осложнений, требующих повторных хирургических вмешательств, а также снижение количества поздних послеоперационных осложнений, таких как гидроуретеронефроз, обтурационный пиелонефрит, хроническая почечная

недостаточность. Так же показано улучшение качества жизни лиц пожилого и старческого возраста после формирования уретероилеоанастомоза «общей площадкой» по Wallace не только относительно соответствующей возрастной группы, где операция Бриккера выполнялась классическим способом, но и относительно пациентов среднего возраста вне зависимости от технологии операции.

Теоретическая и практическая значимость работы

Установлено, что формирование уретероилеоанастомоза по Wallace при операции Бриккера не снижает общее количество ранних послеоперационных осложнений, связанных с отведением мочи, однако существенно сокращает количество осложнений, требующих повторных хирургических вмешательств. При анализе данных осложнений по возрастным группам, большее количество повторных операций пришлось выполнять лицам пожилого и старческого возраста, которым уретероилеоанастомоз формировали классическим способом по Бриккеру. Поздние послеоперационные осложнения через 3,6 и 12 месяцев чаще встречались у лиц пожилого и старческого возраста с классическим анастомозом по Бриккеру. Однако обращает на себя внимание тот факт, что через 3 месяца у пациентов пожилого и старческого возраста, с анастомозом по Wallace, чаще наблюдались обострения хронического пиелонефрита. Формирование данного анастомоза улучшает показатели функционального состояния верхних мочевых путей и почек. Через 12 месяцев после операции в группе пожилого и старческого возраста было диагностировано 14,3% пациентов с хронической почечной недостаточностью, которым уретероилеоанастомоз формировали классическим способом, что почти в 2 раза больше чем у пациентов той же возрастной группы, где анастомоз выполняли по Wallace.

Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста после операции Бриккера было лучше в группе, где уретероилеоанастомоз выполняли «общей площадкой» даже в сравнении с более молодой возрастной группой, перенесшей такую же операцию.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Формирование уретероилеоанастомоза по Wallace при операции Бриккера позволяет снизить количество ранних послеоперационных осложнений, требующих повторных оперативных вмешательств у пациентов пожилого и старческого возраста.
2. Количество поздних послеоперационных осложнений больше в группе пациентов пожилого и старческого возраста, где уретероилеоанастомоз формировался в классическом исполнении технологии Бриккера «конец в бок».
3. Общее качество жизни и качество жизни, связанное с воздействием осложнений лучше у пациентов пожилого и старческого возраста, которым при операции Бриккера уретероилеоанастомоз сформирован

по Wallace относительно той же категории пациентов с классическим анастомозом по Бриккеру.

4. Операция Бриккера с формированием уретероилеоанастомоза по Wallace является операцией выбора у онкологических пациентов пожилого и старческого возраста, которым необходимо дальнейшее химиолучевое лечение.

Апробация результатов исследования

Материалы диссертации были представлены и обсуждены на XV съезде Российского онкологического конгресса (Москва, 2011), VI конгрессе Российского общества онкоурологов (Москва, 2011), 6-й городской научно-практической конференции «Актуальные вопросы урологии и гинекологии» (Санкт-Петербург, 2011), заседании Санкт-Петербургского научного общества урологов им. С.П. Федорова (Санкт-Петербург, 2012), 1-ом съезде онкоурологов стран СНГ «Актуальные вопросы диагностики и лечения местно-распространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы» (Киев, 2012).

Внедрение в практику

Полученные в работе результаты обследования и лечения больных с заболеваниями, требующими удаления мочевого пузыря, используются в практической работе урологических отделений: ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер», клиники «ОрКли», а так же на кафедре урологии ФГБОУ ВПО Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова МО РФ. Результаты исследования используются в преподавании урологии в учебных программах факультета подготовки врачей Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

Личное участие автора в исследовании

Автором обоснованы цель, задачи и схемы исследования, сформулированы выводы и основные положения, выносимые на защиту, осуществлялись планирование, оценка состояния пациентов, непосредственное участие в операциях, исследование клинического материала, обобщение и статистическая обработка результатов исследования.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 18 работ, в том числе 7 статей в журналах, рекомендованных ВАК РФ для опубликования результатов диссертационных исследований.

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов собственных исследований и их обсуждения, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка цитируемой литературы и приложения. Работа изложена на 157 страницах машинописного текста, иллюстрирована 21 таблицей, 33 рисунками. Библиографический указатель включает 257 источников, из них 64 отечественных и 193 иностранных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы клинического исследования

Настоящее исследование основано на изучении клинических данных 192 пациентов, из которых 106 пациентов были пожилого и старческого возраста от 60 до 78 лет. Остальные 86 пациентов относились к категории среднего возраста от 43 до 58 лет. Послеоперационная летальность составила 9 человек (4,7%), из них 6 (3,1%) относились к категории пожилого и старческого возраста, а 3 (1,6%) к среднему возрасту. Отдаленные результаты и поздние осложнения были основаны на изучении данных 183 больных, ожидаемая продолжительность жизни которых была больше 3-х лет. Все больные страдали заболеваниями, требующими удаление мочевого пузыря. Пациенты были оперированы и находились под наблюдением в 1-м и 3-м отделении ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер», в клинике «ОрКли» и в клинике урологии ВМедА им. С.М. Кирова с 2007 по 2010 гг. 192 пациента, которым требовалось удаление мочевого пузыря, страдали следующими заболеваниями: инвазивный рак мочевого пузыря и рецидив поверхностного рака мочевого пузыря после проведенного органосохраняющего лечения 50 (26,0%) пациента, местно-распространенные опухоли других органов малого таза 138 (71,9%) пациента, и неопухолевые заболевания, вызванные предшествующей лучевой терапией 4 (2,1%) пациента (табл. 1). Всем этим пациентам выполнена цистэктомия или как самостоятельная операция, или как один из этапов операции с последующей инконтинентной деривацией мочи по Бриккеру.

Таблица 1

Распределение пациентов по нозологическим формам

Опухолевые заболевания органов малого таза	Количество больных	
	Абс.	%
Местно-распространенный колоректальный рак	53	27,6
Местно-распространенный рак гениталий у женщин	85	44,3
Заболевания мочевого пузыря		
Рак	50	26,0
Постлучевые осложнения	4	2,1
Всего	192	100

Все пациенты были разделены на 2 группы сравнения, каждая из которых, в свою очередь, разделена на две подгруппы: в 1-ю группу были включены 95 пациентов, которым выполнена инконтинентная деривация мочи по Бриккеру с формированием классического уретероилеоанастомоза

«конец в бок», 2-ю группу составляют 97 больных, которым выполнена деривация мочи по Бриккеру с формированием уретероилеоанастомоза «общей площадкой» по Wallace. При этом в подгруппы 1а и 2а включены по 43 пациента в возрасте до 60 лет, а в подгруппы 1б и 2б по 52 и 54 пациента пожилого и старческого возраста соответственно. Такое разделение позволило объективно сравнить состояние пациентов не только в зависимости от тактики хирургического лечения, но и позволило сравнить результаты в зависимости от возраста пациента.

В 1а подгруппу включено 43 пациента: 36 (83,7%) женщин и 7 (16,3%) мужчин. В 1б подгруппе 52 человека: 39 (75,0%) женщин и 13 (25,0%) мужчин. Во 2а подгруппу было включено 43 пациента: 33 (76,7%) женщин и 10 мужчин (23,3%). Во 2б подгруппе 54 больных: 40 (74,1%) женщин и 14 мужчин (25,9%). Все пациенты подгрупп «а» относились к возрастной категории от 43 до 58 лет, средний возраст $51 \pm 6,12$. Пациенты подгрупп «б» относились к категории пожилого и старческого возраста, от 60 до 78 лет, средний возраст составил $68 \pm 6,71$.

Самой многочисленной оказалась категория больных с первичным и рецидивным местно-распространенным раком внутренних гениталий - 85 (44,3%) пациенток. В этой группе 77 (90,6%) пациенткам выполнена передняя эвисцерация органов малого таза и 8 (9,4%) пациенткам полная эвисцерация. 39 (45,9%) женщин относились к 1-й группе и 46 (54,1%) относились ко 2-ой группе. При этом пациентки, которым выполнялась полная эвисцерация распределились по группам поровну. С местно-распространенным раком толстой кишки было - 53 (27,6%) пациента. Всем им выполнена полная эвисцерация органов малого таза. Из них в первой группе было 43 (81,1%) пациента, во второй 10 (18,9%) пациентов. РМП страдали 50 (26,0%) больных. В результате трансуретральной резекции (ТУР) - биопсии и гистологической верификации опухоли переходно-клеточный рак диагностирован у 43 (86,0%), плоскоклеточный у 7 (14,0%) больных. Рецидивная опухоль имела место у 9 (18,0%) больных. 4 (2,1%) пациента были с мочевыми свищами. Этим пациентам выполнена полная эвисцерация малого таза. В первой группе был 1 (25,0%) пациент, во второй 3 (75,0%).

Различной степени ретенционные изменения со стороны ВМП наблюдались у 139 (72,4%) пациентов. С лечебно-диагностической целью у 93 (48,4%) больных по поводу гидроуретеронефроза (ГУН) поздних стадий было выполнено 110 чрескожных пункционных нефростомий (ЧПНС). Хронический пиелонефрит был диагностирован у 62,1%, ХПН - у 31,0% и анемия - у 41,7% больных.

При определении объема хирургического вмешательства обязательно учитывалось наличие сопутствующих заболеваний. Особое внимание обращали на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, органов желудочно-кишечного тракта и органов дыхания.

Группы сравнивались по частоте развития послеоперационных осложнений, функциональному состоянию ВМП и почек, а так же качеству

жизни. Контрольными точками обследований стали: предоперационное обследование, 3, 6 и 12 месяцев после операции. В объем исследований входило УЗИ ВМП и почек, экскреторная урография или компьютерная томография живота с внутривенным контрастированием, клинический и биохимический анализ крови, заполнение опросников качества жизни. Для изучения качества жизни (КЖ) у больных мы использовали русскую версию общепринятого опросника MOS-SF-36 (MOS-SF-Item Short Form Health Survey), который содержит следующие шкалы: физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RF), боли (BP), общего здоровья (GH), жизнеспособности (VT), социального функционирования (SF), ролевого эмоционального функционирования (RE) и психологического здоровья (MH). Вопросы данного опросника формируют два компонента здоровья: физический и психологический. Результаты исследования КЖ с помощью опросника MOS-SF-36 выражают в баллах от 0 до 100 по каждой из восьми шкал. Кроме того мы применили собственный опросник, определяющий воздействие осложнений лечения на качество жизни пациентов.

Статистическую обработку данных проводили с применением пакета прикладных программ «STATISTICA 5.11», Microsoft® PowerPoint 2003, Microsoft® Excel 2003 (Windows Vista). Использовали только лицензионные версии программного обеспечения. Достоверность различий средних значений показателей оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Для параметров качественной оценки применялся точный критерий Фишера. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Расчеты проведены в программе Microsoft® Excel 2003.

Результаты исследования

В результате развившихся осложнений после операций, включающих в себя цистэктомию с последующей деривацией мочи по Бриккеру умерло 9 пациентов. Послеоперационная летальность составила 4,7%. По 3 пациента скончались в подгруппах пожилого и старческого возраста, 2 пациента в подгруппе среднего возраста, где выполняли классический анастомоз по Бриккеру и 1 пациент в подгруппе среднего возраста, где анастомоз выполняли по Wallace. В большинстве наших наблюдений ранний послеоперационный период протекал без осложнений. К моменту перевода из реанимации, как правило, не было явлений пареза кишечника, на 3-4 сутки отмечался самостоятельный стул. После перевода из отделения реанимации на 4-5-е сутки послеоперационного периода, пациенты активизировались в условиях профильного отделения, назначался палатный режим в течение суток, затем общий, питание в объеме стола №1. Антибактериальная терапия продолжалась до 7 суток при отсутствии осложнений, по показаниям срок ее мог быть продлен со сменой препарата. Мочеточниковые интубирующие дренажи удалялись у большинства пациентов на 7-е сутки. В первой группе у

9 (10%) пациентов было отмечено самостоятельное отхождение интубирующих дренажей на 2-3-е сутки, когда пациенты переводились из отделения реанимации. Из них у 6 (12,2%) человек в подгруппе пожилого и старческого возраста и у 3 (7,3%) человек в подгруппе среднего возраста. Всем пациентам подгруппы пожилого и старческого возраста (12,2%) была выполнена чрезкожная пункционная нефростомия (ЧПНС) по поводу нарастающего гидронефроза: 5 пациентам с одной стороны и одному с двух сторон. В подгруппе среднего возраста односторонняя ЧПНС потребовалась только 1 (2,4%) пациенту. Во второй группе не зависимо от возраста у 12 (12,9%) пациентов отмечалось самостоятельное отхождение интубирующих дренажей в ранние сроки, однако, это не привело к развитию осложнений. При ультразвуковом мониторинге не выявлено дилатации чашечно-лоханочной системы и показаний к дренированию почки путем чрезкожной пункционной нефростомии не было. Таким образом, можно сделать вывод, что гидроуретеронефроз (ГУН), развившийся после раннего выпадения мочеточниковых интубаторов и потребовавший повторного хирургического вмешательства (ЧПНС) достоверно чаще встречался в первой группе пациентов ($p < 0,05$). Кроме того, внутри группы данные вмешательства в 5 раз чаще пришлось выполнять в подгруппе пациентов пожилого и старческого возраста. Вообще после операции Бриккера в модификации уретерокишечного анастомоза по Wallace проблем с нарушением оттока мочи в раннем послеоперационном периоде не отмечено ни в одном наблюдении.

Мы разделили ранние послеоперационные осложнения на связанные и несвязанные с формированием уретероилеоанастомоза. Ранние послеоперационные осложнения, которые мы наблюдали в 1-й группе пациентов, связанные с деривацией мочи, распределились следующим образом: несостоятельность уретероилеоанастомоза – 8 (8,8%), отграниченный мочево́й перитонит – 6 (6,6%), распространенный мочево́й перитонит – 2 (2,2%), уросепсис – 1 (1,1%), стриктура уретероилеоанастомоза – 9 (10,0%).

Во 2-й группе эти осложнения распределились следующим образом: несостоятельность уретероилеоанастомоза – 18 (19,4%), отграниченный мочево́й перитонит – 4 (4,3%), распространенный мочево́й перитонит – 2 (2,1%), уросепсис – 1 (1,0%), стриктуры уретероилеоанастомоза не было ни в одном случае. Распределение осложнений по подгруппам представлено в таблице 2.

Нами показано, что несмотря на отсутствие статистически значимой разницы общего количества послеоперационных осложнений в обеих группах, количество повторных операций в 1-й группе пациентов достоверно различалось ($p < 0,05$) и было больше в подгруппе пациентов пожилого и старческого возраста.

Таблица 2

**Частота ранних осложнений и повторных операций,
связанных с методом деривации мочи**

Осложнения	Средний возраст				Пожилой и старческий возраст			
	1а группа n=41	Коли- чество повтор- ных операций	2а группа n=42	Коли- чество повтор- ных операций	16 группа n=49	Коли- чество повтор- ных операций	26 группа n=51	Коли- чество повтор- ных операций
Несостоятельность уретроилеоанастомоза	3	1	7	1	5	3	11	1
Отграниченный мочево- й перитонит	2	1*	2	2*	4	2*	2	1*
Распространенный мочево-й перитонит	1	1	-	-	1	1	2	2
Уросепсис	-	-	-	-	1	-	1	-
Стриктура уретроилеоанастомоза	3	1*	-	-	6	7*	-	-
Итого	9	4	9	3	17	13	16	4
% от числа больных в подгруппе	21,9 (p>0,05)	9,7 (p>0,05)	21,4 (p>0,05)	7,1 (p>0,05)	34,7 (p>0,05)	26,5 (p<0,05)	31,3 (p>0,05)	7,8 (p<0,05)
% от общего числа больных	4,9	2,2	4,9	1,6	9,3	7,1	8,7	2,2

Примечание: * чрезкожная пункционная нефростомия.

Таким образом, результаты исследования показали, что при применении у больных пожилого и старческого возраста операции по Wallace количество ранних осложнений, требующих повторных хирургических вмешательств наблюдалось в 2,2 % случаев, а при классической операции по Бриккеру – в 7,1% случаев, хотя у пациентов среднего возраста достоверной разницы по этому показателю выявлено не было. Это свидетельствует о преимуществе данного вида операций именно у пациентов пожилого и старческого возраста.

Обращает внимание большее число несостоятельств уретероилеоанастомоза во 2-й группе пациентов. В большинстве случаев это осложнение не требовало каких-либо хирургических коррекций, за исключением увеличения срока дренирования малого таза. Мы предпочитаем дренировать малый таз и зону уретероилеоанастомоза параректальными дренажами, т.к. считаем, что именно этот способ позволяет адекватно санировать послеоперационную область и зону анастомоза.

Из ранних общехирургических осложнений, несвязанных с деривацией мочи отмечены: кишечная непроходимость, несостоятельность межкишечного анастомоза, желудочно-кишечное кровотечение, нагноение внутритазовой гематомы, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), острый инфаркт миокарда (ОИМ), эвентрация, нагноение послеоперационной раны, гнойный орхоэпидимит. Частота данных осложнений в двух сравниваемых группах была практически одинаковой (p>0,05).

Патологические состояния, развившиеся у пациентов в позднем послеоперационном периоде, распределились следующим образом: ГУН

ранних стадий, ГУН поздних стадий, обтурационный пиелонефрит, частые атаки хронического пиелонефрита, мочевого свищ. Под частыми атаками пиелонефрита мы подразумевали обострение хронического пиелонефрита чаще одного раза в месяц. Спустя 3 месяца после операции количество осложнений, которые встречались у наших пациентов, было достоверно больше в подгруппе пациентов пожилого и старческого возраста, где анастомоз выполняли по классической методике Бриккера ($p < 0,05$), что еще раз подчеркивает значимость способа формирования уретероилеоанастомоза именно у данной категории лиц (табл. 3).

Таблица 3

**Поздние послеоперационные осложнения
(через 3 месяца после операции)**

Группы	ГУН ранних стадий	ГУН поздних стадий	Обтурационный пиелонефрит	Частые атаки хронического пиелонефрита	Мочевой свищ
1а подгруппа, n=41	10 (24,4%)	9 (21,9%)	6 (14,6%)	4 (9,7%)	-
2а подгруппа, n=42	5 (11,9%)	4 (9,5%)	2 (4,7%)	6 (14,3%)	-
p	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	
1б подгруппа, n=49	18 (36,7%)	12 (24,5%)	10 (20,4%)	15 (30,6%)	1 (2%)
2б подгруппа, n=51	8 (15,7%)	5 (9,8%)	3 (5,9%)	23 (45,1%)	-
p	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,05	p>0,05

Следующими контрольными точками обследований были 6 и 12 месяцев после операции. У части пациентов появилось такое грозное осложнение как хроническая почечная недостаточность. На этих контрольных точках количество осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста так же было больше в подгруппе, где анастомоз формировали по классической методике Бриккера по сравнению с подгруппой, где анастомоз формировали «общей площадкой» ($p < 0,05$). Однако в средней возрастной группе статистически значимые различия были получены только по двум показателям: ГУН поздних стадий и обтурационный пиелонефрит. Данные осложнения встречались реже в подгруппе пациентов, где анастомоз выполняли по Wallace ($p < 0,05$). Исключением явились частые обострения хронического пиелонефрита. По

данному показателю не было найдено статистически значимых различий между подгруппами ($p>0,05$) (табл. 4, 5).

Таблица 4

**Поздние послеоперационные осложнения
(через 6 месяцев после операции)**

Осложнения	1а подгруппа, n=41 6 месяцев	2а подгруппа, n=42 6 месяцев	p	1б подгруппа, n=49 6 месяцев	2б подгруппа, n=51 6 месяцев	p
ГУН ранних стадий	5 (12,2%)	2 (4,7%)	$p>0,05$	9 (18,4%)	3 (5,9%)	$p<0,05$
ГУН поздних стадий	11 (26,8%)	2 (4,7%)	$p<0,05$	32 (65,3%)	7 (13,7%)	$p<0,001$
Обтурационный пиелонефрит	6 (14,6%)	1 (2,4%)	$p<0,05$	23 (46,9%)	5 (9,8%)	$p<0,001$
Частые атаки хронического пиелонефрита	7 (17,1%)	6 (14,3%)	$p>0,05$	12 (24,5%)	11 (21,6%)	$p>0,05$
ХПН	2 (4,9%)	-	$p>0,05$	6 (12,2%)	1 (2,0%)	$p<0,05$

Таблица 5

**Поздние послеоперационные осложнения
(через 12 месяцев после операции)**

Осложнения	1а подгруппа, n=41 12 месяцев	2а подгруппа, n=42 12 месяцев	p	1б подгруппа, n=49 12 месяцев	2б подгруппа, n=51 12 месяцев	p
ГУН ранних стадий	1 (2,4%)	2 (4,7%)	$p>0,05$	4 (8,2%)	3 (5,9%)	$p>0,05$
ГУН поздних стадий	15 (36,6%)	2 (4,7%)	$p<0,05$	37 (75,5%)	7 (13,7%)	$p<0,001$
Обтурационный пиелонефрит	9 (21,9%)	1 (2,4%)	$p<0,05$	27 (55,1%)	4 (7,8%)	$p<0,001$
Частые атаки хронического пиелонефрита	5 (12,2%)	3 (7,1%)	$p>0,05$	9 (18,4%)	8 (15,7%)	$p>0,05$
ХПН	2 (4,9%)	2 (4,8%)	$p>0,05$	10 (20,4%)	3 (5,9%)	$p<0,05$

Если на контрольной точке 12 месяцев проанализировать частоту осложнений после формирования классического анастомоза по Бриккеру и анастомоза по Wallace, то гидроуретеронефроз поздних стадий встретился у 36,6% против 4,7% больных в группе среднего возраста и у 75,5% против 13,7% больных в группе пожилого и старческого возраста, обтурационный пиелонефрит – у 21,9% против 2,4% в группе среднего возраста и у 55,1%

против 7,8% в группе пожилого и старческого возраста, хроническая почечная недостаточность – у 4,9% против 4,8% в группе среднего возраста и у 20,4% против 5,9% в группе пожилого и старческого возраста. Таким образом, можно сделать вывод, что при применении у пациентов классического уретероилеоанастомоза по Бриккеру, количество поздних послеоперационных осложнений (ГУН поздних стадий, обтурационный пиелонефрит) у данных пациентов встречалось достоверно чаще ($p < 0,05$). Более того, если сравнить результаты данной операции в зависимости от возраста, то становится очевидным, что формирование классического уретероилеоанастомоза по Бриккеру хуже всего сказывается на пациентах пожилого и старческого возраста.

Обращает на себя внимание тот факт, что на первой контрольной точке (3 месяца) у пациентов подгруппы пожилого и старческого возраста, где анастомоз выполняли по Wallace, чаще наблюдалось обострение хронического пиелонефрита. Это, по-видимому, связано с тем, что при прямой методике формирования уретероилеоанастомоза без антирефлюксного механизма флора кондуита легче попадает в ВМП, вызывая тем самым воспаление. Чаще всего, после проведения соответствующего курса консервативной терапии в условиях стационара острый воспалительный процесс купировался. В дальнейшем, при возникновении подобных симптомов пациенты лечились в амбулаторном режиме, что незначительно влияло на их качество жизни. Кроме того, на контрольных точках обследования 6 и 12 месяцев количество таких пациентов снижалось. Это объясняется увеличением количества пациентов, у которых на фоне консервативной терапии произошла окончательная элиминация флоры из ВМП и кондуита.

Через шесть месяцев после операции у 9 больных (4,9%) из всех оперированных пациентов вне зависимости от группы выявлен метаболический ацидоз, у 2 из них был выраженный ацидоз. У всех этих пациентов была диагностирована ХПН. Тяжелого ацидоза, на тот момент, ни у кого из больных после операции Бриккера не выявлено. К 12-му месяцу количество больных ХПН увеличилось до 17 человек (9,3%), при этом у всех был диагностирован метаболический ацидоз. Пациенты, у которых был диагностирован тяжелый метаболический ацидоз, вскоре погибли от прогрессирования ХПН. Следует отметить, что у этих пациентов предоперационно была выполнена ЧПНС с двух сторон в связи со сдавлением опухолью нижней трети обоих мочеточников и развитием постренальной острой почечной недостаточности.

У 9-и пациентов первой и у 1-го пациента второй группы причиной ХПН стало нарушение оттока мочи, у 4-х пациентов второй группы и у 3-х пациентов первой группы – частые атаки хронического пиелонефрита (табл. 6).

Таблица 6

Распределение пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью по группам

Группы	Причины хронической почечной недостаточности			
	Нарушение оттока мочи		Частые обострения хронического пиелонефрита	
	Абс. число	% от подгруппы	Абс. число	% от подгруппы
1а, n=41	2	4,9	-	
1б, n=49	7	14,3	3	6,1
2а, n=42	-		2	4,8
2б, n=51	1	2,0	2	3,9

Из представленных данных в таблице 6 видно, что при применении у больных пожилого и старческого возраста классической операции по Бриккеру частота развития ХПН составила 20,4%, что достоверно выше, чем при операции Wallace - 5,9% ($p < 0,05$), однако у пациентов более молодой возрастной группы достоверной разницы по этому показателю не выявлено. Все это свидетельствует о том, что формирование уретероилеоанастомоза по Wallace улучшает функциональное состояние мочевыделительной системы именно у лиц пожилого и старческого возраста.

После деривации мочи с использованием кишечных сегментов необходимо исследование кислотно-основного состояния (КОС) для выявления метаболического ацидоза. Однако следует отметить, что при отведении мочи в кондуит у пациентов с незначительно сниженной функцией почек без признаков ХПН, когда длина кишечного сегмента не превышает 12-15 см, не встречалось проблем, связанных с развитием метаболического ацидоза. В литературных источниках эта проблема рассматривается только при лечении пациентов детского возраста и в основном связана с развитием остеопороза в сроки более 10-15 лет после операции. Поэтому у наших больных пожилого и старческого возраста, после операции Бриккера мы не считаем необходимым регулярное исследование газового состава крови, при отсутствии ХПН и клинических проявлений метаболических расстройств. Мы выборочно проверили КОС у 12 пациентов пожилого и старческого возраста, которым анастомоз выполняли «конец в бок» по Бриккеру, у 13 пациентов этой же группы среднего возраста. А так же у 15 пациентов пожилого и старческого возраста и у 11 пациентов среднего возраста, которым уретероилеоанастомоз выполняли по Wallace. Ни у кого из больных не были выявлены клинические проявления гиперхлоремического ацидоза, рН крови находился в пределах нормальных значений, ВЕ в пределах: «-1,5» - «-3,2». Кроме того, на контрольных точках обследования, у данной группы пациентов концентрация хлора, кальция,

магния и фосфора в плазме также была в пределах нормальных значений. У больных с почечной недостаточностью показано регулярное исследование газового и электролитного состава крови для своевременной коррекции данного осложнения.

При оценке качества жизни при помощи опросника MOS-SF-36, лучшее качество жизни наблюдалось в подгруппе пациентов пожилого и старческого возраста, где анастомоз выполняли «общей площадкой» по Wallace ($p < 0,05$). Мы объясняем этот феномен тем, что большая часть пациентов до 60 лет – это достаточно активные люди, которые в полной мере социально и экономически функционируют и не столько послеоперационные осложнения, сколько наличие самой илеостомы и отсутствие самостоятельного мочеиспускания существенно влияют на их качество жизни. Самое низкое качество жизни было зарегистрировано в подгруппе пациентов пожилого и старческого возраста, где анастомоз выполняли классическим способом по Бриккеру. Полученные результаты еще раз свидетельствуют о преимуществах выполнения уретероилеоанастомоза по Wallace у лиц пожилого и старческого возраста. Общее низкое качество жизни наших пациентов обусловлено возрастом, сопутствующей патологией и их основным заболеванием, т.к. большинство из них оперированы по поводу местно-распространенных злокачественных опухолей малого таза, что требовало продолжения специального противоопухолевого лечения (химиотерапия, лучевая терапия) (рис. 1)

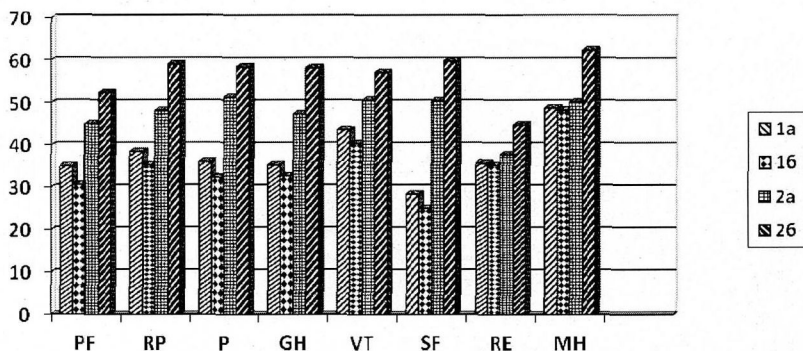


Рис.1. Усредненная оценка общего качества жизни пациентов через 12 месяцев после операции.

Развитие ранних и поздних осложнений существенно отражалось на качестве жизни пациентов, которые нуждались в постороннем уходе, постоянном медицинском наблюдении, лекарственной и хирургической коррекции. Показателями осложнённого течения послеоперационного периода в отдалённые сроки являлись: неудовлетворительное общее самочувствие, ознобы, повышения температуры тела, тошнота и жажда,

прогрессирующая общая слабость, похудание, плохой аппетит и сон, болевой синдром. Сопутствующие заболевания негативно влияли на общее самочувствие пациентов и требовали дополнительного лечения. При опросе больных отсутствие перечисленных показателей оценивалось высшим баллом «5», а их наличие по степени тяжести – низшим «0».

Таблица 7

Показатели, определяющие воздействие осложнений после различных вариантов формирования уретероилеоанастомоза на качество жизни пациентов через 12 месяцев после операции

Показатели	Средний балл ответа больных (n=183)			
	1а подгруппа (n=41)	1б подгруппа (n=49)	2а подгруппа (n=51)	2б подгруппа (n=42)
Общее самочувствие	4,0±0,15	3,9±0,45	4,4±0,19	4,2±0,39
Болевой синдром	3,9±0,69	3,8±0,53	4,3±0,31	4,1±0,49
Озноб, лихорадка	4,0±0,31	3,9±0,36	4,3±0,17	4,0±0,35
Тошнота, жажда	4,0±0,38	3,7±0,45	4,6±0,11	4,3±0,15
Похудание, плохой аппетит	3,8±0,15	3,6±0,12	4,1±0,12	4,0±0,07
Общая слабость	3,9±0,21	3,8±0,23	4,3±0,16	4,1±0,15
Необходимость в уходе со стороны	4,0±0,18	4,1±0,15	4,5±0,09	4,3±0,11
Необходимость в приеме лекарств	3,5±0,29	3,1±0,31	4,1±0,13	3,8±0,17
Сопутствующие заболевания, требующие лечения	3,9±0,19	3,6±0,17	4,1±0,11	4,0±0,15
Сумма баллов	35,0±3,89	33,5±3,24	38,7±2,15	36,8±2,29

Во всех группах статистически значимой разницы показателей, определяющих воздействие осложнений на качество жизни, найдено не было. Однако прослеживается отчетливая тенденция в улучшении этих показателей в подгруппе пациентов пожилого и старческого возраста, которым уретероилеоанастомоз выполняли по Wallace относительно подгруппы пациентов пожилого и старческого возраста, которым анастомоз формировали классическим способом по Бриккеру (табл. 7).

ВЫВОДЫ

1. После инконтинентной деривации мочи по Бриккеру у пациентов пожилого и старческого возраста ранние послеоперационные осложнения, связанные с отведением мочи отмечены в 18,0% случаев. Это в 9,3% случаев потребовало повторных вмешательств. Послеоперационная летальность составила 4,9%.
2. Количество ранних послеоперационных осложнений, потребовавших повторных операций у лиц пожилого и старческого возраста, связанных с формированием уретероилеоанастомоза по Wallace было 2,2%, что статистически значимо меньше ($p < 0,05$), чем у пациентов с классическим анастомозом по Бриккеру (7,1%). Статистически значимой разницы по данному показателю у лиц среднего возраста выявлено не было.
3. Формирование уретероилеоанастомоза по Wallace при операции Бриккера снижает количество поздних послеоперационных осложнений (через 12 месяцев после операции), таких как гидроуретеронефроз поздних стадий (4,7% против 36,6% у лиц среднего возраста и 13,7% против 75,5% у пациентов пожилого и старческого возраста), обтурационный пиелонефрит (2,4% против 21,9% у лиц среднего возраста и 7,8% против 55,1% у лиц пожилого и старческого возраста), хроническая почечная недостаточность (4,8% против 4,9% у пациентов среднего возраста и 5,9% против 20,4% у лиц пожилого и старческого возраста), что в свою очередь влияет на исход заболевания.
4. Лучшие показатели качества жизни у больных пожилого и старческого возраста были получены после операции Бриккера и формирования уретероилеоанастомоза по Wallace.
5. Формирование уретероилеоанастомоза по Wallace при операции Бриккера является методом выбора, так как большинству онкологических пациентов пожилого и старческого возраста после операции необходимо дальнейшее химиолучевое лечение, а гидроуретеронефроз, активный пиелонефрит и хроническая почечная недостаточность являются противопоказанием к нему.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У пациентов пожилого и старческого возраста после цистэктомии наиболее оправданной и безопасной является инконтинентная деривация мочи по Бриккеру.
2. Формирование уретероилеоанастомоза по Wallace «единой площадкой» в проксимальный торец сегмента подвздошной кишки позволяет

сократить ее длину и уменьшить площадь реабсорбции мочи кишечным эпителием и, как следствие, предотвратить электролитные нарушения в организме.

3. После операции Бриккера, целесообразно чрезпромежностное параректальное дренирование с установкой дренажа к зоне уретероилеоанастомоза. Это позволяет адекватно санировать мочевые затеки, несколько чаще встречающиеся при формировании анастомоза по Wallace и избегать повторных хирургических вмешательств.
4. В течение первого года после операции происходит функциональная адаптация кондукта, верхних мочевых путей и почек к новым условиям. В этот период наиболее часто возникают осложнения, связанные с новыми условиями оттока мочи из почек. Для их своевременного выявления и коррекции следует проводить полное контрольное обследование в течение первого года в сроки 3, 6 и 12 месяцев после операции.
5. В случае беспрепятственного оттока мочи из верхних мочевых путей и отсутствии хронической почечной недостаточности допустимо отказаться от исследования электролитов крови после первого года наблюдения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации

1. Выбор метода формирования уретероилеоанастомоза при деривации мочи по Бриккеру у пациентов пожилого и старческого возраста/Л.Д. Роман, Л.А. Васильев, А.Ю. Шестаев, В.Х. Хейфец, И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, О.Ф. Каган//Онкоурология. – 2011. – №. 4. – С. 42-46.
2. Двухстороннее промежностное дренирование после операций на органах малого таза, сопровождающихся цистэктомией / И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, С.С. Крестьянинов, К.Г. Шостка, Л.А. Васильев, А.Н. Павленко//Вестник Российской военно-медицинской академии. -2012. -№. 1 (37). – С. 126-133.
3. Дифференцированная хирургическая тактика при поражении мочевого пузыря у больных местно-распространенными злокачественными новообразованиями малого таза/И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, К.Г. Шостка, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, А.Н. Павленко, В.К. Карандашов, О.Ф. Каган//Онкоурология. – 2012. – №. 3. – С. 60-66.

4. Осложнения хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями органов малого таза, распространяющимися на мочевой пузырь / И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, В.К. Карандашов//Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – №. 3 (39). – С. 15-21.
 5. Паллиативные эвисцерации малого таза в хирургическом лечении местно-распространенного и рецидивного рака шейки матки/ И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, К.Г. Шостка, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, А.Н. Павленко, Э.В. Фокина//Вестник Российской военно-медицинской академии. -2012. – №. 1 (37). – С. 65-70.
 6. Пути улучшения качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста после операции Бриккера/Л.Д. Роман, Л.А. Васильев, А.Ю. Шестаев, В.Х. Хейфец, И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, О.Ф. Каган//Успехи геронтол. – 2011. – Т. 24. – № 4. – С. 668–673.
 7. Технология завершения хирургических вмешательств на органах малого таза, сопровождающихся цистэктомией/И.П. Костюк, Л.А. Васильев, С.С. Крестьянинов, А.Ю. Шестаев, К.Г. Шостка, В.Х. Хейфец, А.Н. Павленко, О.Ф. Каган//Онкоурология. – 2012. – №. 2. – С. 60-65.
- Статьи и тезисы докладов*
8. *Васильев, Л.А.* Функциональное состояние почек после операции Бриккера у лиц пожилого и старческого возраста/Л.А. Васильев, И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов//Матер. конф. онкоурологов СНГ "Актуальные вопросы диагностики и лечения местно-распространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы". – Киев. - 2012. - С. 32-33.
 9. *Васильев, Л.А.* Развитие хронической почечной недостаточности после операции Бриккера у лиц пожилого и старческого возраста/ Л.А. Васильев, И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов//Матер. конф. онкоурологов СНГ "Актуальные вопросы диагностики и лечения местно-распространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы". – Киев. – 2012. – С. 33.
 10. Динамика изменения поздних послеоперационных осложнений после различных вариантов формирования уртероилеоанастомоза при операции Бриккера у пациентов пожилого и старческого возраста/ Л.Д. Роман, Л.А. Васильев, А.Ю. Шестаев, В.Х. Хейфец, И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, О.Ф. Каган//Матер. VI конгресса Российского общества онкоурологов, – 2011. – С. 191-192.
 11. *Костюк, И.П.* Комбинированные вмешательства в хирургическом лечении больных местно-распространенным раком мочевого пузыря/И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, Е.Н. Белова, Л.А. Васильев, С.С. Крестьянинов//Матер. конф. онкоурологов СНГ "Актуальные вопросы диагностики и лечения местно-распространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы". – Киев. – 2012. – С. 37.

12. *Костюк, И.П.* Тонкокишечный J-резервуар в ортотопической деривации мочи после хирургических вмешательств на органах малого таза, сопровождающихся цистэктомией / И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, В.К. Карандашов // Материалы конференции онкоурологов СНГ "Актуальные вопросы диагностики и лечения местнораспространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы". – Киев. – 2012. – С. 37-38.
13. *Костюк, И.П.* Оптимизация техники дренирования брюшной полости после хирургических вмешательств на органах малого таза, сопровождающихся цистэктомией/И.П. Костюк, К.Г. Шостка, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, А.Н. Павленко, Э.В. Фокина//Матер. конф. онкоурологов СНГ "Актуальные вопросы диагностики и лечения местнораспространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы". – Киев. – 2012. – С. 38.
14. *Костюк, И.П.* Резекция мочевого пузыря и цистэктомия, как элементы комбинированных хирургических вмешательств у больных местнораспространенным колоректальным раком/И.П. Костюк, Л.А. Васильев, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов//Матер. VI международной конф. «Российская школа колоректальной хирургии». – Москва. – 2012. – С. 110.
15. *Костюк, И.П.* Хирургическое лечение больных местнораспространенным и рецидивным раком прямой кишки, осложненного формированием злокачественных свищей/И.П. Костюк, Л.А. Васильев, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов//Матер. VI международной конф. «Российская школа колоректальной хирургии». – Москва. – 2012. – С. 120.
16. Непосредственные результаты хирургического лечения местнораспространенных и рецидивных опухолей малого таза с поражением мочевого пузыря/И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, А.В. Фокина//Матер. XV Российского онкологического конгресса. – М. – 2011. – С. 197-198.
17. Отдаленные результаты использования различных вариантов формирования уретероилеоанастомоза при деривации мочи по Брикеру у пациентов пожилого и старческого возраста/Л.Д. Роман, Л.А. Васильев, А.Ю. Шестаев, В.Х. Хейфец, И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, О.Ф. Каган//Матер. VI конгресса Российского общества онкоурологов. – 2011. – С. 191.
18. Сравнительные результаты различных методов формирования уретероилеоанастомоза при деривации мочи по Брикеру/И.П. Костюк, К.Г. Шостка, Л.А. Васильев, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов//«Вестник Российской Военно-медицинской академии» –2011. – Т. 27, № 1. – С. 334.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВМП – верхние мочевые пути

ГУН - гидроуретеронефроз

КЖ – качество жизни

КОС – кислотно-основное состояние

ОИМ – острый инфаркт миокарда

РМП – рак мочевого пузыря

ТУР – трансуретральная резекция

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии

ХПН – хроническая почечная недостаточность

ЧПНС – чрезкожная пункционная нефростомия

ВАСИЛЬЕВ Леонид Анатольевич УЛУЧШЕНИЕ ИНКОНТИНЕНТНОЙ ДЕРИВАЦИИ
МОЧИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА//Автореф. дис. канд. мед.
наук: 14.01.30., 14.01.23. – СПб., 2013. – 22 с.

Подписано в печать «09» июля 2013. Формат 60x84 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 1,0.

Тираж 100 экз. Заказ 102.

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО «Принт-Экспресс»

197101, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5 лит. А.

СПИСОК ЦИТИРУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Атдуев В.А., Шутов В.В., Строганов А.Б., Косарев О.В. Деривация мочи в сигморектальный резервуар (Mainz- pouch II). Диагностика и лечение рака мочевого пузыря. // 4 Межд. Урол. Симпозиум. Тез. докл. -2005. -С.14-15; Бойко В.В., Криворотько И.В. Стратегия хирургического лечения местнораспространенных опухолей малого таза с применением энвисцераций. // Хирургия.-2008.-№2.-С.76-82; Дамулин И.В. Когнитивные и двигательные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии и сосудистой деменции. // Врач.- 2005.-№11.-С.3-6; Даренков С.П., Самсонов Ю.В., Чернышов И.В., Соколов А.Е., Дзятнев В.К., Григорьев А.А. Качество жизни больных после радикальной цистэктомии при инвазивном раке мочевого пузыря. Онкоурология (приложение). // Тез. VI Всеросс. Научно-практ. конф. «Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний». Обнинск.-2005.-С.44-45; Комяков Б.К., Горелов С.И., Новиков А.И. Ближайшие результаты радикальных цистэктомий. // Урология. - 2003. - №4. - С. 15-18; Комяков Б.К., Новиков А.И., Гулиев Б.Г., Дорофеев С.Я., Зубань О.Н., Ахмаджев Д.Н. Восстановление мочевыводящих путей различными отделами желудочно-кишечного тракта. // Урология.-2005.-№5.-С.12-17; Павлов В.Н., Галимзянов В.З., Кутляров Л.М. Илеоцистопластика при инвазивном раке мочевого пузыря.//Онкоурология.- 2009.-№4.-С. 37-41; Переверзев А.С., Петров С.Б. Опухоли мочевого пузыря. // Харьков: Факт, 2002. - 304 с; Albert D.J., Persky L. Conjoined end-to-end uretero-intestinal anastomosis. // J. Urol. -1971.- Vol.105.- P.201-204; Bondavalli C., Cappellaro L. Cystectomy in woman: what diversion? Cutaneous ureterostomy // Arch Ital Urol Androl. 2007. - V.79. - P.181-3; Kristjansson A., Mansson W. Refluxing or nonrefluxing ureteric anastomosis. // Brit.J.Urol.-1999.-Vol.84.- P.905; Stenzl A., Nagele U., Kuczyk M. Cystectomy – technical considerations in male and female patients.// EAU Update Series; 2005(3):138-46; Stein J.P., Grossteld G.D., Freemann J.A. Orthotopic lower urinary tract reconstruction in women using the Kock ileal neobladder: Updated experience in 34 patients //J.Urol.-1997.-V.158.-P.400-405; Studer U.E., Stenzl A., Mansson W., Mills R. Bladder Replacement and Urinary Diversion // European J.Urol.-2000.- Vol.38. - Suppl.6.-P.1-11; Wallace D.M. Uretero-ileostomy.// Br. J. Urol. -1970.- Vol.42.- P.529-534.